FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — THÈSE — N° 220

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Avril 1907, à 1 heure

PAR

Gaston LAGRIVE

De la manière irraisonnée

DE COMPRENDRE

La Contagion de la Tuberculose

Président : M. LANDOUZY, *professeur*

Juges { MM. BRISSAUD, *professeur*
ROGER, *professeur*
LABBÉ (MARCEL), *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER RECLUS
Clinique ophtalmologique	Dr Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	N... PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef des travaux anat.
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	
BROCA (André)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et d'affection

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPLAIX

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Professeur agrégé
Chirurgien à l'hôpital Cochin

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEURNIER

Chirurgien à l'Hôpital Saint-Louis

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUET

Médecin à l'Hôpital Saint-Antoine

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANDRIEUX

Médecin à l'Hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARION

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOSSET

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR VARIOT

Médecin à l'Hôpital des Enfants-Malades

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAR

Professeur agrégé

Médecin accoucheur à l'Hôpital Saint-Antoine

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEAU

Professeur agrégé.

Médecin accoucheur des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE DOCTEUR LANDOUZY

Professeur de Clinique médicale à l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de médecine

A MON MAITRE

LE DOCTEUR LOUIS RENON

Professeur agrégé
Médecin à l'Hôpital de la Pitié

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par lui. Il a bien voulu nous éclairer de ses conseils et nous fournir les documents qui ont permis l'exécution de ce travail. Nous lui présenterons l'expression cordiale de notre profonde gratitude.

DE

LA MANIÈRE IRRAISONNÉE DE COMPRENDRE

La Contagion de la Tuberculose

CHAPITRE PREMIER

Le but que je me suis proposé en traitant cette question n'est pas de nier la contagion de la tuberculose, car celle-ci existe, et il me suffira comme preuve de rapporter ici les quelques exemples suivants :

1° Une jeune fille issue d'une famille robuste composée du père et de la mère, d'un garçon et de deux autres filles, abandonne son village pour aller soigner une jeune tuberculeuse pendant un mois. Rentrée dans sa famille elle meurt tuberculeuse.

Sa sœur puînée, grosse paysanne vigoureuse, la soigne, elle est atteinte du mal et y succombe.

La tuberculose s'arrête là dans cette famille parce qu'on fait isoler la deuxième malade. On avait soin de la faire cracher dans un vase clos et on entrete-

nait du feu afin que l'air fût constamment renouvelé.

2° Une jeune fille rentre dans sa famille avec une tuberculose contractée dans un pensionnat. Elle meurt. Elle est l'aînée ; la sœur qui la suit hérite de sa chambre et de sa garde-robe, elle meurt tuberculeuse. La troisième fille, héritant encore de la chambre et des vêtements, succombe également tuberculeuse. Les parents étaient d'une bonne santé et sont restés bien portants.

Enfin moi-même j'ai le souvenir de plusieurs familles qui ont été victimes de la contagion, et je me contenterai de rappeler ce cas qui me paraît également un exemple très net.

J'ai connu une famille dont tous les membres étaient bien portants. Le fils part au régiment et contracte la tuberculose. Il rentre chez lui, est soigné par sa mère et sa sœur. La mère meurt tuberculeuse et la sœur contracte une pleurésie purulente.

CHAPITRE II

La contagion existe donc, cela est un fait certain. Mais ce que je voudrais c'est *montrer que cette idée de contagion a été poussée trop loin*, que le public n'a pas su comprendre la manière dont elle se faisait et qu'il en résulte pour le tuberculeux les effets les plus déplorables, c'est-à-dire : « *son exclusion prochaine hors de la société* ».

En effet à l'heure actuelle le phtisique est pour nous un être qui nous contagionne, il nous fait peur, nous ne voulons plus de lui et le seul moyen, semble-t-il pour éviter sa contamination et, le rendre inoffensif, est de l'isoler afin de perdre tout contact avec lui.

Le tuberculeux bientôt sera donc un objet d'épouvante et de crainte pour la société. Le voir, l'approcher un instant suffira, dira-t-on, pour contracter son mal. Et alors, cruelle perspective, ne pouvant plus trouver de travail, il sera sans pain, sans asile, réduit à la misère la plus noire, accablé du mépris de tous. Il s'en ira de pays en pays, traqué tel un animal malfaisant, jusqu'au jour où la mort, triste consolation, viendra le délivrer de toutes ses tortures.

Et ce tableau, qui, au premier abord, peut paraître exagéré, n'est que la fidèle expression de ce qui existe et surtout de ce qui existera bientôt à un haut degré dans notre société. Et je vais ici même, comme preuve de ce que je viens d'avancer, rappeler ces quelques exemples que je me suis permis d'emprunter à M. le professeur Robin et qui ont été observés par lui au dispensaire Jacques Siegfried de l'hôpital Beaujon :

a) Un honnête ouvrier est renvoyé de l'hôtel qu'il habite parce que le logeur a appris qu'il avait fait un séjour à Augicourt.

b) Un domestique atteint au premier degré d'une tuberculose fermée déclare qu'il ne peut plus revenir au dispensaire parce que si ses patrons le savaient il perdrait sa place.

c) Un palefrenier est congédié parce qu'on a su qu'il venait au dispensaire.

d) Ce cas est plus curieux. Une femme de chambre avait un salaire de 40 francs par mois. La maîtresse apprend qu'elle fréquente le dispensaire et la met dans l'alternative ou de quitter immédiatement la maison ou d'accepter une réduction de gages de 15 francs par mois.

e) Un homme de 26 ans, tuberculeux au deuxième degré, ayant vécu dans sa famille, sort de l'hôpital Beaujon. Ses parents refusent de le recevoir de nouveau chez eux dans la crainte qu'il ne contagionne ses frères. Le malheureux couche à l'asile de nuit, il essaie de gagner quelques sous en ouvrant des por-

tières. Et ce malade fait preuve d'une vraie grandeur d'âme. Quand il revient au dispensaire pour chercher des médicaments et que la dame assistante qui s'occupe de lui manifeste quelque pitié, il répond : « C'est vrai, madame, je suis bien misérable, mais il y a encore un moyen de se consoler c'est de regarder au-dessous de soi. »

Autre fait non moins révoltant. Une dame amène sa femme de chambre en paraissant l'entourer d'une grande sollicitude ; elle déclare au médecin que la jeune fille tousse quelquefois, qu'elle désire savoir absolument ce qu'elle a, que lui portant le plus vif intérêt et étant très satisfaite de son service elle tient à lui faire donner tous les soins nécessaires. Or cette jeune fille est atteinte de tuberculose, mais de tuberculose fermée.

Les deux femmes s'en vont ; à peine arrivées dans la rue la maîtresse accable d'injures cette servante qu'elle prétendait beaucoup aimer, elle pousse des hurlements, ameute les passants, traite la pauvre fille « de peste qui infecte la maison » et lui défend d'y rentrer.

Les malades, sortant d'Augicourt, ont déjà adressé deux pétitions à la Commission permanente de préservation contre la tuberculose pour demander qu'on s'occupe d'eux, déclarant qu'ils sont marqués d'une tare indélébile, qu'ils ne peuvent trouver de travail nulle part.

Enfin pour terminer je tiens à citer deux cas que j'ai pu observer moi-même :

1° Un comptable, M. X..., employé dans une maison depuis fort longtemps se met à tousser. Ses patrons s'inquiètent et le menacent de le mettre dehors s'il ne produit pas un certificat d'un médecin constatant que la maladie dont il est atteint n'est pas contagieuse. Chose à noter, cet homme a toujours été, paraît-il, un employé modèle qui n'a jamais réclamé le moindre repos et à qui la maison a toujours demandé beaucoup de travail. De plus c'est un homme d'un certain âge qui fait vivre toute une famille et qui, s'il était renvoyé, se verrait dans l'obligation de se défaire de tout ce qu'il a chez lui.

Véritablement une telle perspective n'est pas très encourageante et la récompense qui semble l'attendre est bien différente de celle à laquelle il a droit. Il a donc fallu pour conserver la place qui le fait vivre lui et les siens qu'il présentât le certificat suivant.

« Je soussigné Dr Z... certifie que M. X, est atteint de bronchite chronique et que s'il n'expectore pas il ne saurait être contagieux.

« Paris, le...

Dr Z... »

2° Un ouvrier horloger, habitant la campagne, travaille dans un atelier : il tousse, ses camarades vont trouver le patron et exigent son renvoi.

De plus comme il passe dans le village pour être tuberculeux tout le monde le fuit, personne ne veut

plus le recevoir et, suivant sa propre expression, « il est traité plus mal qu'un chien ».

Sans ressources il est obligé de quitter ce village et de venir à Paris où il entre à l'hôpital dans le service de mon distingué maître le Dr Renon. C'est là que j'ai pu l'interroger et apprendre son histoire. Son seul désir, m'a-t-il dit en me quittant, est de voir sa maladie faire de rapides progrès.

Fait à noter, ce malade prend toutes les précautions qui lui ont été recommandées : il ne crache jamais par terre et fait tout son possible pour ne pas contaminer les personnes qui l'entourent.

CHAPITRE III

Après ce rapide exposé, suffisant pour montrer quelle situation occupe, à l'heure actuelle, dans notre société, le tuberculeux et principalement le tuberculeux pauvre, car c'est de lui, surtout, qu'il faut nous occuper, notre devoir, à nous médecins, n'est-il pas de venir en aide à ces malheureux, de demander au nom de l'humanité un peu de pitié pour eux et de les protéger contre les injustices dont ils sont de plus en plus l'objet. Et cela en enseignant au public d'abord que le tuberculeux, tout en étant contagieux, ne l'est peut-être pas autant qu'on veut bien le dire ; qu'ensuite tout le monde ne devient pas tuberculeux et qu'enfin par une bonne éducation on peut rendre le tuberculeux presque inoffensif et faire courir à la société le minimum de risques de contagion.

La contagion, dis-je, n'est peut-être pas aussi grande qu'on le pense. En effet, ce qui nous fait peur chez le tuberculeux ce n'est pas le tuberculeux lui-même mais ses crachats, les poussières qu'il a souillées, que nous respirons si facilement et qui nous apportent aux poumons le germe de ce terrible mal.

Or, à l'heure actuelle, cette théorie de la contagion

par les voies respiratoires n'est-elle pas battue en brèche par la théorie de l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire.

En effet, le professeur Behring, à la suite de nombreuses expériences, émit l'opinion que la tuberculose de l'adulte ne se contractait pas par les voies respiratoires, mais résultait presque toujours d'une infection intestinale survenue dans le jeune âge et qui évoluait tardivement pour des raisons sur lesquelles nous aurons à revenir dans un instant. Autrement dit la tuberculose de l'adulte ne serait la plupart du temps qu'une auto-infection favorisée par le surmenage ou la déchéance de notre organisme.

Pour lui le bacille tuberculeux traverse très facilement la couche épithéliale normale de l'intestin et va former des tuberculoses des ganglions trachéaux et des tuberculoses pulmonaires qui ont l'aspect de lésions attribuées jusqu'alors à l'inhalation.

En 1905 et en 1906 MM. Vallé et Calmette reprirent les travaux de Behring. M. Vallé en 1905 tuberculisa quatre jeunes veaux en leur faisant ingérer 150 grammes de lait de vaches atteintes de tuberculose. Il obtint au bout de deux à cinq mois des lésions très nettes des ganglions bronchiques et médiastinaux sans grandes lésions des ganglions mésentériques. Il y avait du reste des productions tuberculeuses sur la face antérieure du diaphragme jalonnant la marche du bacille.

En 1906 M. Vallé a nourri pendant trois mois onze jeunes veaux avec du lait faiblement bacillifère ;

quatre mois après, neuf de ces animaux étaient porteurs de lésions des ganglions médiastinaux et bronchiques. Pas un ne présentait la plus petite altération des ganglions mésentériques (1).

De leur côté Calmette et Guérin expérimentaient sur de jeunes chevreaux et des chèvres adultes. Chez les jeunes chevreaux, ils obtenaient de la tuberculose mésentérique, sans tuberculose pulmonaire ; chez les jeunes chèvres adultes, au contraire, ils obtenaient très rapidement des lésions pulmonaires (2).

Weleminsky, de son côté, à la suite d'expériences sur le cobaye et le lapin, tira comme conclusions que « l'alimentation avec des substances bacillifères, dans des conditions se rapprochant beaucoup des conditions naturelles, est dangereuse, non pour le tractus intestinal mais pour le tractus respiratoire. C'est seulement chez les sujets prédisposés, par exemple le cobaye (et sans doute aussi le petit enfant), que le tractus digestif devient également malade. Mais l'appareil respiratoire chez ces sujets réceptifs devient constamment malade primitivement, indépendemment de l'intestin. Chez le lapin et sans doute chez l'homme adulte l'appareil respiratoire est en général le seul qui se tuberculise ».

A la suite de ces expériences qui semblent prouver

---

1. Vallé. Sur la Pathogénie de la tuberculose (Académie des Sciences, 14 mai 1906).

2. A. Calmette. Les voies de pénétration de l'infection tuberculeuse et la défense de l'organisme. *Revue scientifique*, 1er septembre 1906.

l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire, il me faut citer les expériences non moins probantes de Vasteenberghe et Grysez relatives à l'anthracose pulmonaire. Expériences qui ont été rapportées par M. Milian dans la *Revue des Hôpitaux de France et de l'Etranger* et qui viennent donner encore plus de poids à la théorie de l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire.

Ces auteurs ont montré d'une manière péremptoire que la voie suivie par les poussières pour arriver au poumon était non pas la voie aérienne mais bien la voie digestive.

« Ils ont montré que les poussières de charbon, introduites par la voie gastrique chez des aminaux adultes, peuvent traverser l'intestin, les ganglions mésentériques et par le canal thoracique et la voie sanguine arriver au poumon. Poussant plus loin leurs expériences ils ont prouvé que les poussières absorbées pendant des séances d'inhalation pénétraient par le tube digestif et non par la voie aérienne. Voici comment :

« Un certain nombre de lapins auxquels on avait, au préalable, lié ou capitonné l'œsophage sont soumis à une séance d'inhalation prolongée, les poumons de ces lapins n'ont pas présenté d'anthracose tandis que les poumons des lapins témoins étaient nettement anthracosiques.

« A une autre série de lapins après trachéotomie basse on introduit dans l'une des grosses bronchers un tampon de coton, de façon à empêcher dans le

poumon correspondant la pénétration directe des particules de noir de fumée. Sacrifiés après une séance prolongée d'inhalations on trouve les deux poumons nettement anthracosiques. Le poumon libre présente des granulations dans les bronches et la paroi externe des alvéoles, et de distance en distance dans le parenchyme. Le poumon isolé de l'air par le tampon de coton montre des granulations charbonneuses intraparenchymateuses tandis que les bronches et les alvéoles sont complètement vides.

« Les auteurs concluent de là et à juste titre que l'anthracose physiologique est due dans la plupart des cas à l'absorption intestinale des particules charbonneuses. » (1).

A la suite de toutes ces expériences, aussi bien de celles de Behring que de celles de Vallé, Calmette Veleminsky, Vasteenberghe et Grysez, il semble que nous sommes autorisé à regarder la tuberculose pulmonaire comme résultant non pas de la seule inhalation des poussières virulentes mais bien de l'absorption par la voie intestinale des produits bacillifères.

Et s'il en est ainsi, ce sera non plus le tuberculeux et ses crachats qu'il faudra tant craindre, mais surtout les aliments que nous prenons (viandes, lait, etc.) qui deviendront les vrais, les premiers agents de

---

1. Milian. « Les portes d'entrées de la tuberculose pulmonaire » (*Revue des Hôpitaux de France et de l'Etranger*, nº 6, juin 1906).

la contagion. Et alors, nous assisterons à des scènes plus agréables. Nous pourrons voir le tuberculeux reprendre dans la société la place à laquelle il a droit. La crainte qu'il nous inspire devenant beaucoup moins grande nous le coudoierons plus volontiers et sa présence parmi nous ne nous sera plus aussi redoutable.

*
* *

Mais si la théorie de l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire vient déjà contre-balancer les notions répandues dans le peuple sur la contagion de tuberculose, notions qui n'ont réussi qu'à mettre le public en garde contre cette maladie et faire du tuberculeux son ennemi, il est une autre raison pour laquelle nous devons peut-être moins le craindre, et cette raison est capitale. C'est elle qu'il faudrait surtout s'efforcer de mettre en lumière et de bien faire entrer dans l'esprit du public. Cette raison la voici :

« *Tout le monde ne devient pas tuberculeux* ». En effet, d'abord il existe un véritable terrain réfractaire à la tuberculose, et ce terrain peut être créé quelquefois par l'asthme. On a vu des cas d'asthme qui paraissaient mettre à l'abri de la tuberculose.

Certaines affections également semblent atténuer la tuberculose en créant un état fibreux du poumon, et c'est le cas de l'aspergillose (1).

Enfin il existe encore un autre terrain défavorable à la tuberculose, c'est le terrain arthritique, étudié par MM. Robin et Binet, dans lequel il y a un type d'échanges respiratoires tels que : « La diminution des échanges totaux porte plus sur l'acide carbonique

1. *Étude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme*, Paris, 1907. Louis Rénon.

produit que sur l'oxygène consommé total. D'où augmentation de l'oxygène absorbé par les tissus et diminution du quotient respiratoire, tandis que dans la tuberculose il y a une augmentation considérable dans la consommation de l'oxygène et dans la production de l'acide carbonique (1).

La seconde raison pour laquelle tout le monde ne devient pas tuberculeux est la suivante : *La contagion de la tuberculose ne se fait que lentement.* Cette maladie ne se prend pas en effet en quelques secondes comme la syphilis, la blennorragie, ni en quelques minutes ou quelques heures comme certaines maladies infectieuses, telles que la grippe, la rougeole, la scarlatine, la variole. Il lui faut un temps bien plus long. La contagion, je ne crains pas de le répéter est éminemment lente et cette lenteur tient à la faible réceptivité de l'organisme humain pour le bacille tuberculeux.

Mais une fois introduit dans l'organisme on ne peut pas dire du bacille qu'il est maître de la place. Ce qu'il faut pour qu'il puisse le devenir c'est un organisme réceptif, un organisme dont le pouvoir défensif est diminué pour une raison quelconque ; *autrement dit il faut un terrain prédisposé.*

Et cette prédisposition existe et ne peut pas être niée plus que ne peut l'être la contagion.

---

1. A Robin et Biner. Les Echanges respiratoires dans les états antagonistes de la tuberculose : l'arthritisme (*Archives générales de médecine*, 12, 19, 26, janvier 1904.

A qui n'est-il pas arrivé d'entendre parler de ces familles décimées par le terrible fléau. Les enfants, arrivés à l'âge où commence la lutte pour la vie, obligés de gagner de quoi subvenir à leurs besoins, s'ent vont chacun de leur côté. Et tout à coup, on ne sait pourquoi, un premier meurt, puis un second, puis un troisième jusqu'au jour où il ne reste plus que le père et la mère. Simple coïncidence diront ceux qui n'admettent pas la prédisposition. Le mot est bien facile à dire mais ne nous explique pas grand'chose.

Non en présence de tels faits que l'on rencontre à chaque instant on ne doit pas se payer de mots et le mieux est, je crois, de se rendre à l'évidence, et d'accorder au terrain plus ou moins prédisposé la place qu'il mérite. Oui la prédisposition existe et, comme nous allons le voir, *elle peut être héréditaire ou acquise.*

La déchéance prédisposante à la tuberculose, dis-je, peut être *héréditaire*. En effet ; et c'est une hérédité tout à fait particulière. La tuberculose n'est pas une maladie qui comme la syphilis se communique pendant la vie intra-utérine ; ou du moins, pour parler plus exactement, ce mode de contagion est considéré par les personnes qui s'en sont occupées tout spécialement, et en particulier par mon distingué maître, le Dr Rénon, comme tout à fait exceptionnel (1). Mais l'enfant qui naît de parents tuberculeux est un enfant

1. Louis Rénon. *Maladies populaires* (2e édit.).

chétif, faible, dégénéré atrophié, rachitique. En un mot c'est un enfant qui a hérité de mauvaises conditions vitales, qui est voué à toutes les contaminations : diphtérie, maladies infectieuses et, en particulier, aux contagions tuberculeuses qu'il trouve autour de lui.

Ce que je viens de dire pour l'enfant tuberculeux je pourrais le répéter pour l'enfant né de parents alcooliques et surtout pour l'enfant syphilitique. Petit, chétif, déformé et presque sans vie tel est son bilan. Et que peut-on espérer de ce dégénéré. Rien si ce n'est qu'il viendra tôt au tard, si toutefois une des nombreuses maladies infectieuses auxquelles nous sommes exposés pendant notre enfance n'a déjà pas fait son œuvre, grossir le nombre des victimes de la tuberculose. Et je crois que je ne puis être accusé d'exagération en disant que la syphilis et la tuberculose sont deux maladies qui marchent la main dans la main, et que s'il y avait moins de parents syphilitiques il y aurait beaucoup moins d'enfants tuberculeux.

Mais le terrain tuberculisable est non seulement le résultat de l'hérédité mais il peut encore être *acquis*. Et je citerai comme causes ayant une action favorisante, en commençant par les moins fréquentes pour arriver ensuite à celles qui le sont davantage : les maladies infectieuses, la syphilis et l'alcoolisme.

La rougeole, la fièvre typhoïde, la variole, en effet, sont parfois la cause d'une tuberculose secondaire. Ces différentes maladies agissent en déterminant un

affaiblissement très marqué de notre organisme qui, ne pouvant plus lutter suffisamment se laisse envahir. Une place toute spéciale également doit être réservée à la grippe et en particulier à cette forme de grippe (forme pulmonaire) bien connue, qui détermine une desquamation de l'épithélium bronchique. C'est alors à la faveur de cette desquamation que se fait la pénétration du bacille.

Vient ensuite la syphilis. Qu'il me suffise de rappeler les paroles de Guéneau de Mussy : « La syphilis est un fumier sur lequel se développent toutes les pourritures », pour montrer quel rôle néfaste, elle est capable de jouer vis-à-vis de notre organisme. Certainement le syphilitique est un être qui, plus que tout autre, a des chances de se tuberculiser ; et lorsque la tuberculose existe elle m'a semblé toujours plus grave et suivre une marche beaucoup plus rapide.

Enfin il me reste à parler de la cause prédisposante la plus importante. Je veux dire l'*alcoolisme*.

« La phtisie se prend sur le zinc », a dit M. Hayem, et certes il avait raison. Oui l'alcoolisme est, suivant une autre expression non moins heureuse de mon distingué maître le Dr Rénon, « l'antichambre de la tuberculose », et les rapports entre les deux maladies sont des plus étroits.

Nous connaissons tous des familles nombreuses où tous les enfants sans exception sont morts de tuberculose. Le père était alcoolique. De même ne voyons-nous pas journellement de pauvres mères de

famille qui tout en n'ayant que bien peu de santé travaillent avec excès et évitent la tuberculose, grâce à leur sobriété, alors que d'autres, au teint coloré, aux allures gaillardes, mais familières avec le petit verre se tuberculisent facilement.

Et si nous consultons les différentes statistiques faites tout récemment, nous reconnaissons aussitôt l'influence terrible de l'alcool sur la tuberculose de la population parisienne. Et cela sur des sujets de 20 à 40 ans, c'est-à-dire sur la population qui devrait être la plus forte. Les hôpitaux renferment aujourd'hui autant d'alcooliques que de tuberculeux, mais « cela, comme l'a dit le Dr Triboulet, ne fait pas toujours deux individus, souvent l'un se confond avec l'autre ».

Il n'y a pas que la clinique qui puisse nous fournir des preuves ; si nous lisons les travaux récents de Taav, Laitinen et de M. Labbé ce qui en ressort c'est que l'alcool entrave le libre jeu des leucocytes destinés à lutter contre les bacilles envahisseurs. L'alcool diminue donc la phagocytose qui est l'acte de défense initiale.

Enfin comme dernière preuve saisissante et qui montre mieux que n'importe quel raisonnement les méfaits dont est capable l'alcool, je vais me permettre de reproduire les expériences, vraiment concluantes, de M. le Dr Achard, professeur agrégé à la Faculté.

Des cobayes ont été inoculés avec du bacille tuberculeux. Puis ces animaux ont été nourris sans alcool

et avec de l'alcool. Ce produit a été donné aux animaux, soit en injection sous la peau pour un groupe. Dans un autre groupe les animaux ont été soumis à l'inhalation d'alcool et enfin un troisième groupe a pris l'alcool par le tube digestif (comme les hommes). En même temps en observant trois groupes inoculés des mêmes doses de tuberculose, mais nourris sans alcool, le Dr Achard constata alors que les animaux livrés à la tuberculose, seule sans autre influence, ont survécu de cent vingt à cent cinquante jours. Les cobayes nourris avec de l'alcool n'ont duré que quarante-cinq à soixante jours, subissant un amoindrissement de résistance de moitié, voire même des deux tiers.

Ce sont là, je crois, des faits véritablement remarquables qui montrent, on ne le peut mieux, quel rôle joue l'alcool dans la contagion de la tuberculose et quelle faute commettent la plupart des hommes en se laissant aller à cette terrible passion.

*
* *

Le surpeuplement des habitations et le séjour dans des maisons insalubres sont également parmi les causes sociales les plus importantes de la tuberculose. Il existe dans les villes, chose difficile à concevoir, non pas des maisons, car le mot est trop joli, mais des réduits sans fenêtre où l'air ne pénètre jamais et où la tuberculose fait de terribles ravages. M. Hippolyte Maze a fait le recensement de ces sortes d'immeubles et a trouvé qu'il existe en France 200.000 de ces maisons. De même, M. Jacques Bertillon nous apprend qu'il existe, à Paris, 80.000 logements encombrés, surpeuplés d'une façon extraordinaire servant d'abri à une population de 364.000 personnes, et 50.321 logements d'une seule pièce, habités par 178.000 personnes. Sur les 80.000 maisons dont nous venons de parler on compte 820 maisons habitées par une population totale de 106.300 habitants, qui ont donné, en onze ans, le chiffre fantastique de 11.500 décès par tuberculose.

D'autre part si nous faisons l'examen du casier sanitaire des maisons de Paris nous constatons que la tuberculose sévit d'une façon constante dans certaines demeures, voire même dans certains quartiers, et qu'il existe des maisons dont tous les habitants prennent la tuberculose. M. J. Noir, par exemple, a pu noter les ravages effrayants de la tuberculose dans

le quartier Saint-Séverin à Paris, ce coin du vieux Paris où l'encombrement des logements est considérable. Dans une période de onze années et sur une population de 9.094 habitants, 786 personnes sont mortes de tuberculose alors que la fièvre typhoïde ne causait que 22 décès, la rougeole 38, la coqueluche 12, la scarlatine 6, la variole 4.

L'exposé de ces chiffres montre donc combien la tuberculose se trouve à l'aise et se développe facilement dans ces quartiers infects privés d'air et de lumière. Et à ce propos je tiens à rappeler ici même le fameux proverbe persan, expression même de la vérité: « Quand l'air et le soleil ne pénètrent pas dans une maison le médecin y est souvent. »

Enfin depuis onze ans M. Juillerat a organisé à Paris un véritable journal sanitaire quotidien des immeubles, et il vient de publier sous le titre *Casier sanitaire des Maisons* une monographie remarquable où nous trouvons exposé des idées tout à fait intéressantes.

Qu'il me soit donc permis de reproduire ici les principales conclusions de M. Juillerat.

« La fréquence des décès tuberculeux est proportionnelle à la hauteur des maisons, et elle est sous la dépendance directe des espaces libres qui l'entourent.

« La tuberculose est plus fréquente dans les étages inférieurs que dans les étages supérieurs des maisons. »

Le sixième étage présentait néanmoins un chiffre de mortalité excessif. On doit attribuer cette situation à la présence dans ces étages de chambres habitées par des domestiques qui, on le sait depuis longtemps, sont frappés durement par la maladie.

Il a été constaté qu'il existe sur différents points de Paris des îlots de maisons où se cantonnait la tuberculose et que ce développement de la maladie était dû à l'absence d'air et de lumière solaire dans les pièces habitées. Ainsi dans une rue la mortalité tuberculeuse est de 21,74 1/000 dans les maisons ordinaires et de 43 1/000 dans les hôtels garnis.

Dans une de ces maisons où logent 60 personnes, on a compté en dix ans 36 décès par tuberculose. Toujours des rues étroites, des cours insuffisantes et pas de soleil !

Détail vraiment terrifiant : dans une période de onze années il a été inscrit 138.760 décès par maladies contagieuses et sur ce total 101.496, c'est-à-dire près des trois quarts, sont dus à la tuberculose.

Quant à l'influence des réservoirs d'air elle est presque nulle.

« La Seine qui constitue un réservoir d'air de premier ordre influe sur la salubrité des maisons bordant les quais, mais à 25 mètres seulement de distance, elle n'a plus aucune influence sur les habitations qu'en sépare un simple rideau de maisons élevées (1).

---

1. Juillerat. *Le Casier sanitaire des Maisons.*

« Enfin si nous examinons deux voies parallèles de grande longueur, par exemple la voie formée d'une part par le boulevard Saint-Michel, le boulevard Sébastopol et le boulevard de Strasbourg et d'autre part la voie formée par la rue Saint-Jacques, la rue du Petit-Pont et la rue Saint-Martin nous constatons les faits suivants : L'ensemble des trois boulevards nous donne pour la période de onze années écoulées du 1er janvier 1894 au 1er janvier 1905 une mortalité tuberculeuse de 1,34 1/000. Les rues Saint-Jacques, du Petit-Port et Saint-Martin presque rigoureusement parallèles à ces boulevards séparés d'eux par une distance de 150 mètres au plus présentent une mortalité tuberculeuse annuelle de 5,54 1/000 quatre fois plus grande.

D'où vient cette différence ? Uniquement de ce que sur la ligne des boulevards les maisons sont larges, ensoleillées, les cours spacieuses. Malgré les hauteurs des constructions le soleil en visite toutes les parties ; de là une mortalité tuberculeuse remarquablement faible.

En un mot on peut dire que « *la tuberculose est la maladie de l'obscurité.* »

CHAPITRE IV

Après avoir ainsi montré que la tuberculose, maladie évidemment contagieuse, nécessite le plus souvent pour s'installer en maître dans notre organisme une certaine prédisposition tant héréditaire qu'acquise, et principalement acquise ; il semble que la crainte que nous manifestons pour le tuberculeux ne doit déjà plus être aussi forte. Mais le but que je recherche n'est pas encore atteint, car ce que je veux avant tout c'est montrer que *le tuberculeux peut devenir un être inoffensif, dont le voisinage serait pour nous sans danger*. Et pour cela les moyens à employer sont d'une part d'empêcher la contagion, d'autre part de rendre les individus plus forts pour résister à la contagion si elle se produit.

Evidemment le meilleur moyen pour lutter contre la tuberculose serait de guérir ceux qui en sont atteints. On arriverait ainsi à éteindre les foyers de contagion du mal. Malheureusement nous ne connaissons jusqu'ici aucun traitement spécifique, aucun médicament sûr ni aucun vaccin. Mais ce que nous pouvons faire, et c'est le premier remède radical et logique à opposer au fléau, c'est « la stérilisation

humanitaire de la tuberculose » qui s'adresse non au tuberculeux lui-même mais à ses produits de sécrétion.

Je dis non au tuberculeux lui-même car il y a deux ans le Dr Helme, ayant adressé un referendum aux médecins pour connaître leurs idées sur les moyens efficaces de traiter la tuberculose reçut plusieurs réponses de ce genre : « Le meilleur est de les exiler et au besoin de les détruire. » Evidemment le traitement est cruel et la proposition odieuse et révoltante surtout émanant de médecins.

Mais ce à quoi nous devons nous efforcer c'est « d'instruire le tuberculeux » et lui apprendre ce qu'il doit faire pour nous aider à détruire ses produits de sécrétions. Nous le ferons cracher dans des récipients spéciaux, et nous lui apprendrons à se servir de crachoirs, ou mieux encore, comme l'a proposé le Dr Barth nous le ferons tousser et cracher dans des morceaux de papier qui ne serviront qu'une fois, seront aussitôt froissés puis jetés dans une boîte en fer blanc pour être bouillie. Son linge sera aseptisé et son logement désinfecté à époque fixe à seule fin que les bacilles répandus par la voix et la toux sur le plancher n'y séjournent pas trop longtemps et soient rendus inoffensifs.

Et cette éducation du tuberculeux sera faite dans les familles aisées par le médecin, dans la collectivité par des dispensaires de prophylaxie comme ceux de Lille et de Liège, qu'on s'efforcera d'installer en grand nombre. Car ce sont ces sortes d'établisse-

ments, je crois, qui sont appelés à rendre le plus de services et qui faciliteront la tâche entreprise.

La principale mission de ces dispensaires ne faisant que répéter ici ce qu'a déjà dit mon maître le Dr Rénon dans son livre des maladies populaires, « doit consister non point à donner des consultations ou à distribuer des médicaments aux malades pauvres, ce qui est le rôle des bureaux de bienfaisance, mais à donner aux ouvriers atteints ou suspects de tuberculose, aussi souvent et aussi longtemps qu'ils en auront besoin, des conseils pour eux et leur famille. Leur distribuer, lorsqu'ils seront obligés de suspendre leur travail, des secours alimentaires, des vêtements, de la literie, des crachoirs de poche, des antiseptiques à leur procurer si besoin est un logement plus salubre, à blanchir gratuitement leur linge pour éviter la contagion dans la famille et hors la famille ; à faire toutes les démarches utiles auprès de la bienfaisance privée des patrons, etc., pour obtenir des secours qui permettront de rétablir le malade s'il n'est pas trop gravement atteint et de le rendre à son travail. »

Une fois tout ceci accompli le dispensaire n'aura pas encore terminé son œuvre. Il ne suffit pas de soigner le tuberculeux tel qu'il se présente à nous la plupart du temps, c'est-à-dire ayant déjà des lésions avancées, il faut au contraire lui donner les soins nécessaires et faire son éducation au début de sa maladie. Et le moyen pour y arriver est de créer une série d'enquêteurs qui, convaincus et pleins de zèle,

auront à charge de *rechercher* et *attirer* les malades cachés parmi le peuple. En un mot il leur faudra dépister les jeunes foyers tuberculeux dans les logements insalubres et les familles pauvres.

Mais pour arriver à ce résultat, c'est-à-dire stérilisation des tuberculeux et de leurs locaux et pour faciliter la tâche des dispensaires dont nous venons de parler il faut ce qui n'existe pas à l'heure actuelle, que *la déclaration de la tuberculose soit obligatoire*. N'est-ce pas en effet de toutes les maladies microbiennes transmissibles, évitables, la plus funeste ; n'est-ce pas celle qui fait le plus de ravages ? 150.000 chaque année en France, celle par conséquent contre laquelle doivent converger tous les efforts de la défense sanitaire. Et cette déclaration sera possible et paraîtra toute naturelle le jour où le public sera éduqué sur le faible danger du tuberculeux stérilisé et qu'il n'aura plus peur de lui.

De plus la déclaration obligatoire est une chose nécessaire parce qu'il s'agit de sauvegarder contre la transmission non pas les malades mais ceux qui se portent bien et qu'il faut faire prévaloir l'intérêt social sur l'intérêt individuel.

Enfin point capital la déclaration obligatoire viendra en aide et protégera surtout ceux qui en ont besoin, « les pauvres ». C'est dans les mesures instituées par la loi que l'entourage des tuberculeux pauvres pourra seulement trouver une protection efficace. La classe aisée peut actuellement se défendre contre la tuberculose, la classe pauvre ne le peut que si la loi, l'action publique viennent à son secours.

CHAPITRE V

Mais quels que soient le zèle et le succès de ceux qui dirigent les dispensaires, leur action ne sera jamais que partielle. La dissémination du bacille tuberculeux sera moins aisée, mais elle ne sera pas supprimée, les bacilles pouvant exister à l'état de saprophytes dans la nature. Ce qu'il faut c'est « relever la déchéance organique du terrain » et *rendre*, dernier terme de la lutte anti-tuberculeuse, *la population réfractaire* en augmentant sa résistance physiologique.

Or pour arriver à ce résultat il faut modifier toute les lois de l'hygiène populaire et non seulement les modifier, mais s'efforcer, par des conférences faites journellement, de les enseigner et de les faire comprendre au public. Il faut le tirer de son ignorance et de son insouciance et lui faire ouvrir les yeux sur le péril menaçant. Ce ne sera certes pas une tâche facile, et bien souvent les philanthropes qui auront sacrifié leur temps et leur argent n'auront pour toute satisfaction que celle du devoir accompli.

Mais à cela près ; et l'une des premières réformes vers laquelle doivent tendre tous nos efforts, c'est de combattre l'alcool, notre grand ennemi, qui nous

tue, qui nous ruine et fait de notre race une proie facile pour la tuberculose. Ce qu'il faut c'est reprendre la lutte contre les cabarets et contre la prime offerte à l'alcoolisme par le funeste privilège des bouilleurs de cru. Cependant il serait peut-être imprudent de trop exagérer la lutte et certes un peu de vin ne peut pas faire de mal. Rappelons-nous et mettons à profit ce proverbe : « Qui veut trop avoir n'a rien » et alors n'exagérant rien nous serons crus, si ce n'est des buveurs invétérés, tout au moins des gens sensés et intelligents, et nous pourrons alors être heureux du résultat.

Après l'alcool vient l'alimentation. L'ouvrier se nourrit mal, mange à tort et à travers sans se soucier de sa ration alimentaire et cela lui est permis, car personne ne lui en a jamais parlé. Il se détraque l'estomac et souvent par-dessus le marché s'alcoolise. C'est donc aux mères et aux jeunes filles que devront s'adresser nos bons philanthropes en leur enseignant la façon de bien tenir un ménage et de préparer une nourriture saine et fortifiante. Je dis saine, car il sera bon d'empêcher, par une inspection rigoureuse des animaux de boucherie et des vaches laitières la consommation de la viande et surtout du lait, ce facteur si puissant de la tuberculose infantile.

Enfin, comme dernière réforme, la plus importante peut-être, il faudra s'efforcer de donner à la classe ouvrière un logement salubre et lutter contre les logements meurtriers. Mais pour atteindre ces loge-

ments, il faut les connaître, il faut savoir les points où ils se trouvent, leur degré de nocuité, il faut avoir pu les suivre jour par jour et les classer par ordre de mérite. Or, pour y arriver, il serait nécessaire d'établir un casier sanitaire des maisons, de faire, chose importante, une loi qui autoriserait la publication de ces casiers et permettra au public de se rendre compte de la salubrité du logement dans lequel il est sur le point d'entrer.

Le public qui va louer un appartement ou un logement n'a-t-il pas le droit de savoir si ceux qui l'ont habité avant lui ne sont pas morts tuberculeux. Et pourquoi le propriétaire ne serait-il pas tenu de donner à celui qui lui achète des pièces d'habitation la garantie qu'il peut y demeurer sans danger.

La création d'un casier sanitaire sera également la meilleure façon de vaincre d'abord l'inertie de certains propriétaires insouciants qui ne demanderont qu'à modifier les dispositions de leur maison, et ensuite le mauvais vouloir des autres. Quand ces propriétaires verront les locataires renseignés sur les dangers qu'ils courent eux et leur famille, déserter les maisons meurtrières quand ils s'apercevront enfin qu'ils ont plus d'intérêt à posséder un immeuble salubre qu'une maison infectée, ils n'hésiteront plus à la faire transformer.

Et lorsqu'une maison présenterait depuis plusieurs années une mortalité anormale, que le propriétaire refuserait toute transformation, on devrait faire afficher à la porte de la maison un extrait du casier

sanitaire, comme cela se passe pour ces marchands de vin par exemple reconnus coupables de falsification.

Lorsque toutes ces mesures auront été prises et toutes les réformes opérées, nous verrons, comme cela s'est produit en Angleterre, la tuberculose diminuer progressivement. Les tuberculeux devenant de moins en moins nombreux, il sera beaucoup plus facile de les dépister, de les éduquer, d'en faire des êtres inoffensifs.

Le public se rendant compte du peu de danger qu'il y aura à vivre au milieu d'eux ne les chassera plus, ne les considérera plus de la même façon. Et c'est alors que nous assisterons à ce spectacle vraiment réconfortant qui sera, si je puis m'exprimer ainsi, la glorification de l'œuvre de nos philanthropes. *La conciliation des intérêts de la société et du tuberculeux*, intérêts qui, je le répète, sont encore maintenant complètement opposés.

CONCLUSIONS

La contagion de la tuberculose ne peut être niée ; elle existe, cela est évident.

Mais cette idée de contagion n'a pas été bien comprise du public, il l'a exagérée, et les effets qui en résultent sont :

« L'exclusion progressive du tuberculeux hors de la société. »

Or, notre devoir, à nous, médecins, est de réagir contre une telle tendance. Nous devons montrer au public son erreur, lui faire comprendre que la contagion n'est pas telle qu'il se l'imagine, que tout le monde ne devient pas tuberculeux, et qu'il faut pour que la maladie s'installe en maître dans notre organisme un terrain propice, autrement dit une certaine prédisposition qui peut être soit héréditaire, soit le plus souvent acquise.

De plus, ce que nous devons encore lui enseigner, c'est que le tuberculeux peut devenir un être presque inoffensif pour la société si nous pratiquons ce que nous pourrions appeler « la stérilisation humanitaire du tuberculeux ».

Et cette stérilisation consistera d'abord à le recher-

cher, ensuite à l'instruire, à lui dire ce qu'il doit faire, à lui apprendre à cracher, à aseptiser ses linges, à désinfecter son logement.

Enfin, lorsque nous aurons accompli tout ce que je viens de dire, notre tâche ne sera pas encore terminée. Nous aurons bien diminué la dissémination du bacille tuberculeux, mais nous ne l'aurons pas supprimé. Il nous faudra donc, dernier terme de lutte anti-tuberculeuse, enseigner à la population les lois de l'hygiène, afin d'augmenter sa résistance physiologique et la rendre réfractaire au bacille toujours menaçant.

Lorsque toutes ces mesures auront été prises, la tuberculose diminuera, le public comprendra que le tuberculeux ainsi éduqué n'est pour ainsi dire plus dangereux, il l'admettra plus volontiers à ses côtés. Et alors, nous, médecins, philanthropes, nous pourrons être heureux d'être sortis victorieux d'une lutte aussi inégale.

Vu : le Président de la thèse,
LANDOUZY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris.

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE